LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Du traumatisme dans l'insuffisance aortique, par P. Duroziez, 65. — **Clinique chirurgicale :** Le traitement des pieds bots, par A. Broca, 67. — **Bibliographie :** Précis de maladies blennorrhagiques, par le Dr Aubry, 69. — Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, par le Dr O. Commenge, 69. — **Revue de la presse :** L'ichthyol et son emploi dans le traitement des maladies de la peau, par le Dr Chatelain, 70. — **Académie des sciences :** *Séance du 22 janvier* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Un signe de mort certaine, emprunté à l'ophtalmotonométrie. Lois de la tension oculaire, 71. — Quelques observations à propos du venin des serpents, 71. — **Académie de médecine :** *Séance du 30 janvier* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation, 72. — Traitement de la tuberculose, 72. — Sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache, 72. — La fièvre typhoïde à Paris, 72. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 26 janvier* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Purpura infectieux, 72. — Atrophie de la vésicule biliaire consécutive à l'obstruction calculeuse du canal cholédoque, 73. — Le choléra de Constantinople en 1893, 73. — **Société médicale du VIIe arrondissement :** *Séance du mardi 28 novembre* 1893, 73. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 27 janvier* 1894. — Présidence de M. Christian, 74. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance :** *Séance du 13 décembre* 1893. — Présidence de M. le Dr Yvon, 74. — Election d'un nouveau bureau pour 1894. 74. — **Société de chirurgie :** *Séance du 31 janvier* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Néphrolithotomie et suture du rein, 75. — Hystérectomie et prolapsus utérin, 75. — Tumeurs de l'estomac. Ablation, 76. — Désarticulation du genou pour gangrène de la jambe, 76. — Tumeur du tibia, 76. — **Memento pratique :** Formules de l'hôpital Saint-Louis, 76. — Traitement de la neurasthénie, 77. — **Jurisprudence médicale :** Le client qui, pour se soustraire au paiement de sa dette, prétend n'être pas obligé au paiement, ne peut exciper de la prescription, 79. — Honoraires médicaux, 79. — **Nouvelles**, 79. — **Bulletin bibliographique**, 80.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Du traumatisme dans l'insuffisance aortique (1),

Par P. Duroziez.

Les sigmoïdes aortiques et l'origine de l'aorte sont soumises à une forte pression, difficile à calculer (elle est trop variable). Sénac, dans son Traité du cœur, 1777, nous montre les précautions prises par la nature chez le Galeus glaucus. « La forme des sigmoïdes était la même que dans l'homme; mais, au lieu de trois valvules, il y en avait neuf; elles formaient trois étages les uns sur les autres; la force de l'aorte demandait ces trois rangs d'écluses pour qu'elles pussent résister au reflux du sang. Dans cette vue, la nature les a fortifiées par un artifice singulier; prenons pour exemple deux valvules dont l'une soit dessus et l'autre dessous; du fond de la supérieure descendaient des faisceaux musculeux qui allaient s'attacher au bord flottant de la valvule inférieure; il y en avait un ou deux de chaque côté. Le fond intérieur des valvules est fortifié aussi par des faisceaux très sensibles. Ce qui forme dans l'homme le corpuscule d'Arantius va dans le poisson depuis le haut ou depuis le bord flottant jusqu'au fond; c'est un corps très dur et très épais. »

Les tubercules d'Arantius sont les vestiges de ces piliers de renfort dont n'ont que faire les sigmoïdes pulmonaires toujours intactes, sauf dans le rétrécissement pulmonaire. L'importance du choc diastolique est démontrée.

Les artères coronaires, dont le nombre varie suivant les espèces, placées plus ou moins haut, rangées en couronne plus ou moins garnie, sont liées aux sigmoïdes chez l'homme et méritent notre attention. Mauriac (de la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, 1860) a discuté le mode de la circulation coronaire. Hyrtl pense que le sang afflue dans les coronaires aussi facilement pendant la systole ventriculaire qu'après la clôture des sigmoïdes. Brücke croit que le sang ne pénètre dans les coronaires qu'au moment de la diastole du cœur et pendant la systole artérielle. Pour Mauriac ces deux opinions ont le tort d'être trop exclusives.

Pour nous, d'après les enseignements de Chauveau et Marey, les reflux du sang dans les coronaires varient comme dans les autres artères. Dans l'insuffisance aortique le sang revient franchement en arrière, pendant la diastole du cœur; on observerait au cœur les mêmes signes qu'à l'ongle, la pâleur succédant à la rougeur, le pouls unguéal. La sigmoïde serait battue à la fois par le sang descendant de l'aorte et par le sang refluant de la coronaire.

Le cul-de-sac aortique est battu par le sang; il résiste à l'effort normal et cède à la violence comme l'anneau inguinal, comme le poumon.

L'insuffisance aortique est une hernie de l'aorte dans un certain nombre de cas; c'est un anévrysme.

Tous les anneaux inguinaux, toutes les aortes, tous les poumons ne sont pas également résistants; non plus toutes les sigmoïdes, pas même les sigmoïdes d'un même orifice.

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, séance du 13 janvier 1894.

L'anneau aortique constamment frappé se laisse dilater, les valvules s'appuient moins bien l'une contre l'autre, portent à faux ; les points d'attache tiraillés fléchissent, les valvules fatiguées s'épaississent ; l'insuffisance aortique est constituée ; dans un effort une sigmoïde se déchire.

Sans doute l'inflammation à elle seule peut déformer les sigmoïdes. Nous ne traitons ici que de l'insuffisance par effort modéré et répété, violent et passager.

Lorsque l'insuffisance aortique est constituée, y a-t-il adoucissement pour les valvules ou aggravation? Quelques auteurs pensent que le passage d'une partie du sang à travers l'orifice modère le choc en retour. Mais, le cœur se dilate, envoie de plus fortes ondées qui reviennent battre les valvules avec une force plus grande. En théorie nous ne voyons pas l'avantage.

En pratique que devient l'insuffisance? Que deviennent les valvules? Il est impossible de le dire. Il se fait des indurations, des rétrécissements, des végétations qui modifient l'insuffisance de toutes les façons. Puis elle est plus ou moins malmenée ou bien menée. Autant d'individus, autant de formes.

Mauriac a écrit que cette grave affection est une cause fréquente de mort subite. En compulsant tous les auteurs il réunit 15 cas, parmi lesquels plusieurs appartiennent au rétrécissement aortique et non à l'insuffisance.

Aran, sur 113 cas de mort subite par lésion du cœur, compte 25 cas de lésion des valvules aortiques. Il reste à savoir combien de cas de lésions des valvules aortiques n'ont pas fini par la mort subite. Le chiffre en est infini. On ne doit donc pas torturer le malade et la famille par l'horreur constante de la mort subite qui arrivera nous ne savons pas quand, et peut être une fois sur cent ou sur mille.

L'influence de l'effort sur l'insuffisance aortique est montrée par la rareté de la lésion chez l'enfant et la femme, par la fréquence chez l'homme, surtout à profession d'effort. Les boulangers y sont particulièrement soumis, les charretiers, les camionneurs, les maçons, les terrassiers, les couvreurs. Nous rencontrons trop souvent le tabes avec l'insuffisance aortique pour ne pas admettre que les mouvements violents des tabétiques soient étrangers à la formation de l'insuffisance aortique.

L'insuffisance aortique pure se reconnaît au souffle du 2e temps dont on fait facilement un souffle du 1er temps si on ne tient pas la carotide. On a l'habitude, quand on entend le double souffle, de dire : rétrécissement et insuffisance aortique. D'autres signes que le souffle du 1er temps sont nécessaires pour admettre le rétrécissement aortique : le frémissement, la concentration du pouls. Et puis il faudrait estimer le degré du rétrécissement et la dilatation de l'aorte. Que de fois, chez des cancéreux, nous avons vu diagnostiquer des rétrécissements qui n'existaient pas ; c'étaient des souffles anémiques.

On dit que le souffle d'insuffisance aortique est doux. Souvent il est strident, en bruit de laminoir, de corde de basse, de mirliton. On a l'idée d'une valvule qui flotte, déchirée. La strideur peut exister en dehors de cette condition ; cependant elle impose le délabrement.

Le maximum du souffle est au creux épigastrique ; on le trouve encore là quand il n'est plus ailleurs. Toujours on doit ausculter le creux épigastrique.

Le double souffle crural reste un signe précieux ; malheureusement il exige un instrument.

Le ventricule gauche, habituellement anévrysmatique par l'effet du choc, peut ne pas se développer, c'est rare.

Nous donnons la statistique des cas d'insuffisance aortique pure que nous avons observés (souffle au 2e temps, sans souffle au 1er temps).

9 ans. Garçon.....	1 cas.			
De 13 à 20 ans.....	5	hommes	2	femmes.
De 21 à 30 ans.....	9	—	3	—
De 31 à 40 ans.....	17	—	7	—
De 41 à 50 ans.....	26	—	5	—
De 51 à 60 ans.....	17	—	4	—
De 61 à 70 ans.....	8	—	3	—
A 86 ans.....			1	
	83		25	

Les cas, rares jusqu'à 13 ans (nous n'avons vu qu'un cas), deviennent de plus en plus nombreux jusqu'à 40 et 50 ans, diminuent en suivant la même progression qu'en montant, le sommet étant entre 41 et 45.

Chez les hommes nous trouvons 83 cas ; chez les femmes, 25 cas.

Chez les femmes le sommet est de 31 à 40 ans.

Le traumatisme joue donc un rôle important, puisque le grand nombre des cas est, chez les hommes, de 40 à 50 ans.

Mais la vie se prolonge. De 51 à 60 ans nous trouvons encore 17 hommes et 4 femmes, tandis que de 41 à 50 ans, nous trouvons 26 hommes et 5 femmes.

Pour les cas d'insuffisance aortique pure où nous trouvons dans les antécédents un trauma violent, nous notons 3 femmes et 14 hommes. Les femmes ont 34 ans, 45 et 51. Pour les hommes 1 de 17 ans, 1 de 28 ans, 3 de 34 à 39 ans, 8 de 41 à 50 ans, 3 de 51 à 57 ans.

Les individus vivent moins longtemps que dans la statistique précédente.

Pour les cas de double souffle où nous trouvons dans les antécédents un trauma violent, nous notons 4 femmes et 19 hommes. Les femmes ont 24 ans, 45 ans (bis), 67 ans. Les hommes ont : 3 de 21 à 24 ans, 6 de 31 à 32 ans, 2 de 45 à 47 ans, 5 de 51 à 57 ans, 4 de 61 à 69 ans.

La vie est plus longue lorsque l'insuffisance est pure à la suite de trauma violent.

Pour les cas de double souffle avec ou sans trauma violent nous trouvons chez les hommes 1 cas à 19 ans, 18 de 21 à 30 ans, 29 de 31 à 40 ans, 38 de 41 à 50 ans,

48 de 51 à 60 ans, 21 de 61 à 70. Le rétrécissement aortique avec insuffisance permet la vie plus longue que l'insuffisance aortique pure, puisque le chiffre le plus fort est entre 51 et 60 ans au lieu d'être de 41 à 50 ans.

Nous voulons surtout montrer que même dans de mauvaises conditions l'insuffisance aortique permet d'aller loin et qu'on a beaucoup de chances pour ne pas rencontrer la mort subite sur une route encore longue.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des pieds bots (1),

Par A. Broca,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les déviations du pied qui constituent le pied bot se font dans quatre directions, souvent associées en des déformations complexes, qui sont : l'abaissement de l'avant-pied (équin), l'abaissement du talon avec élévation de la pointe (talus), la déviation en dedans (varus) ou en dehors (valgus). D'autre part les pieds bots se divisent en deux grandes classes : congénitaux et acquis.

1° Pied bot congénital. — Le pied bot congénital est presque toujours *varus équin*, et c'est cette variété qui va nous servir de type.

Les obstacles au redressement sont : 1° les rétractions des muscles et tendons (les deux jambiers et surtout le triceps sural), de l'aponévrose plantaire et des ligaments articulaires plantaires internes ; 2° les déformations osseuses, celles de l'astragale surtout. Mais il faut savoir que chez l'enfant en bas âge les parties molles rétractées ne sont pas très résistantes, et que, d'autre part, les déformations osseuses ne prennent une importance réelle que lorsqu'elles ont été aggravées par la marche. Grâce à ces données, on instituera facilement un traitement efficace.

C'est dès la naissance qu'il faut commencer ce traitement, basé à cette période sur le redressement manuel, sur les manipulations ayant pour but d'assouplir le pied, de façonner les os encore cartilagineux. Prenant la région malléolaire et le talon d'une main, l'avant-pied de l'autre, on commence par corriger le varus ; puis, dans un second temps, l'équinisme. Quelquefois les premières séances exigent une force notable, s'accompagnent de quelques craquements. Il faut, pendant les premiers temps, que le chirurgien fasse lui-même au moins une séance tous les deux jours, et en outre il est indispensable que la mère ou la nourrice de l'enfant s'occupe à plusieurs reprises dans la journée de la difformité, redressant le pied comme on lui aura montré à le faire, et le manipulant chaque fois pendant plusieurs minutes, en le tenant dans sa main en bonne attitude. Chez le nouveau-né, en effet, la peau très délicate supporte mal les pressions et c'est tout au plus si on peut employer comme appareils contentifs de petites gouttières en gutta-percha, appliquées en moulant sur le pied redressé la lame de gutta ramollie dans l'eau chaude. Si ce traitement est bien suivi, la guérison sans opération est fréquente.

Lorsque le sujet est plus âgé, à partir de 3 à 4 mois, on essaiera encore le traitement par les manipulations, mais en sachant bien que ses échecs seront fréquents. Si la réduction est difficile à obtenir, on pourra faire pour commencer une ou deux séances de massage forcé sous le chloroforme. Mais mieux vaut recourir à la ténotomie du tendon d'Achille, à laquelle il faut quelquefois, mais exceptionnellement, associer celle des deux jambiers. On immobilise alors pour trois semaines à un mois dans un appareil plâtré le pied immédiatement redressé ; il est tout à fait inutile d'attendre quelques jours avant de faire ce redressement. Mais lorsque le pied aura été remis en liberté, on se souviendra toujours qu'on n'obtiendra un bon résultat qu'à la condition d'entreprendre après cela avec une régularité parfaite le traitement par le massage : sans cela le résultat sera toujours nul chez les enfants en bas âge, incapables de supporter un soulier orthopédique, et presque toujours nul plus tard malgré le port d'un soulier orthopédique.

Ces souliers, dont l'emploi doit être prescrit — que l'on ait ou non fait la ténotomie — lorsque le sujet commence à marcher, sont de modèles très variés : les plus simples sont les meilleurs. Ils doivent avoir pour objectif de bien porter l'avant-pied en dehors, la plante étant bien à plat, et à cet effet le principal est de prendre appui sur une tige rigide externe fixée à angle droit sur une semelle. Cette semelle peut être articulée sur la tige ou présenter une autre articulation à la jonction de l'arrière-pied et de l'avant-pied, de façon à effectuer le redressement, à l'aide soit de vis et de crémaillères, soit de tractions élastiques. Le chirurgien fait fabriquer ou fabrique facilement lui-même, avec des bandes, du silicate et du plâtre, des appareils à traction élastique.

Lorsque le sujet a marché pendant plusieurs années et qu'il a atteint 5 ou 6 ans, souvent même plus tôt, les ténotomies deviennent presque toujours insuffisantes pour permettre le redressement, et à la section du tendon d'Achille il faut associer des interventions plus complexes.

Le redresssement forcé sous le chloroforme donne des résultats. On peut l'effectuer à la main, mais presque toujours l'emploi d'appareils spéciaux sera indispensable. Il s'agit, en somme, d'une véritable application de l'ostéoclasie au pied bot. Depuis que l'antisepsie rend innocentes les interventions sanglantes, nous croyons qu'en principe elles doivent être préférées.

L'opération dite de Phels porte exclusivement sur les parties molles. Elle consiste à inciser largement le

(1) Extrait d'un *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par P. Le Gendre et A. Broca, qui va paraître incessamment.

bord interne du pied dans l'angle de la flexion anormale en varus. On coupe ainsi l'aponévrose plantaire, les tendons des deux jambiers et on entre largement dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Cela fait, en faisant bailler la plaie on corrige très aisément le varus ; s'il y a de l'équinisme, on coupe le tendon d'Achille. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée ou salolée, puis le pied est immobilisé, en bonne attitude, dans un appareil plâtré qui restera en place de trois semaines à un mois. Pour obtenir la cicatrisation de la plaie par seconde intervention — et sans suppuration — il faut compter environ deux mois. Lorsqu'elle est effectuée, il faut pendant longtemps soumettre le pied à des séances de massage et de manipulations ; il suffit d'une par semaine. Dans les premiers temps, le pied est remis entre les séances dans l'appareil plâtré, puis, lorsque la souplesse paraît suffisante, on permet la marche, avec un soulier spécial muni d'un solide contrefort externe.

Les *opérations portant sur le squelette* que l'on a imaginées et effectuées sont très nombreuses, mais on peut les ramener à un petit nombre de types, quitte à les modifier un peu suivant chaque cas particulier. Nous ne croyons pas devoir conseiller les ostéotomies pratiquées sur l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. En réalité, il faut s'attaquer directement au tarse, et en particulier à l'astragale. Il peut arriver, dans des cas où l'équinisme surtout est en cause, que d'obstacle qui résiste après section du tendon d'Achille soit une sorte de cale osseuse située sur l'astragale en avant de la malléole interne qui vient butter contre elle. Si l'on constate cette lésion — ce qui en tout cas est facile par une incision exploratrice — il suffira de faire sauter cette cale d'un coup de ciseau pour obtenir la réduction. Mais pour le pied bot congénital avec enroulement prononcé en varus, cette intervention sera rarement suffisante, et on a le choix entre l'ablation de l'astragale et les tarsectomies cunéiformes. L'ablation de l'astragale est l'opération de choix, et après l'avoir achevée, sans ténotomies complémentaires, il est facile de voir si le redressement complet exige encore le sacrifice de parties osseuses plus ou moins étendues. Les tarsectomies cunéiformes consistent à réséquer sur le bord externe du pied un coin à base externe, portant sur le cuboïde et le scaphoïde (tarsectomie antérieure), ou sur le calcanéum et l'astragale (tarsectomie postérieure). Ces opérations se font toutes par une incision externe en L, descendant devant la malléole externe puis longeant le bord du pied ; on aura comme plan opératoire, dans la plupart des cas, d'enlever l'astragale, et de compléter l'opération, suivant les besoins, par des résections cunéiformes. Le pied redressé est immobilisé dans un appareil plâtré ; au bout de trois semaines à un mois on commencera à le mobiliser et à le masser et au bout de deux à trois mois la cure sera terminée, le malade marchant définitivement sur la plante du pied. L'avantage de ces opérations sur celle de Phelps est la moindre durée du traitement consécutif et l'inutilité de porter ultérieurement des chaussures spéciales. Le pied, il est vrai, est plus difforme. La solidité semble être la même dans les deux cas.

Les *autres variétés de pied bot congénital* sont exceptionnelles. On sera guidé par les mêmes principes que pour le varus-équin. Pour le *valgus*, si l'on recourt à la ténotomie, ce sera à celle des péroniers ; quelquefois cette difformité est liée à l'absence de la malléole externe, cas auquel l'arthrodèse est indiquée. S'il existe un pied *talus*, la ténotomie utile est celle des extenseurs.

2° Pied bot acquis. — Le traitement du pied bot acquis dépend avant tout de la cause de la difformité ; toutes les fois que ce sera possible il faudra, si l'on n'a pu prévenir la déviation, s'adresser à cette cause.

a. S'il existe un *pied bot cicatriciel*, le traitement est celui des cicatrices vicieuses : il consiste à extirper le tissu morbide et à combler la brèche avec un lambeau autoplastique.

b. Le pied bot consécutif aux arthrites ne doit pas exister si pendant sa période d'activité l'arthrite causale a été bien traitée avec immobilisation du pied à angle droit ; lorsqu'il est constitué, on fera le redressement sous le chloroforme, et au besoin l'extirpation de l'astragale.

c. Les déviations, en valgus surtout, qui dépendent d'une *fracture du péroné* vicieusement consolidée, d'une *déviation rachitique* des os de la jambe, d'un *genu valgum*, seront facilement guéries lorsque, par une ostéotomie convenable (malléole externe, tibia, sus-condylienne) on aura fait disparaître la difformité initiale.

d. Les pieds bots acquis les plus fréquents sont ceux où la difformité est de *cause musculaire*, et là il y en a deux variétés, par contracture et par paralysie.

Quelquefois la contracture sera hystérique, ce dont on se rendra compte par l'examen général de l'enfant, par l'examen local sous le chloroforme ; dans ce cas il va sans dire que le traitement opératoire est nul, sauf si la déviation est ancienne, car il peut se produire à la longue des rétractions musculo-tendineuses justiciables de la ténotomie. Les pieds bots par contracture, dus à une myosite, ou à une sclérose cérébrale infantile, sont pendant longtemps faciles à redresser après ténotomie : mais la récidive est fréquente, si l'on ne fait porter constamment des appareils à traction élastique. L'arthrodèse (voyez ce mot) trouvera donc là quelques indications, rares il est vrai.

Le pied bot acquis de beaucoup le plus fréquent est le *pied bot paralytique*, consécutif à la paralysie infantile. Lorsque, malgré le traitement médical, par l'électricité surtout, la lésion musculaire et la difformité du pied qui en résulte sont définitivement constituées, le traitement devient d'ordre exclusivement orthopédique et chirurgical. En règle générale, le pied bot paralytique est flasque ; à la longue, pourtant, il se produit des ré-

tractions fibro-tendineuses et même des déformations osseuses s'opposant à la réduction manuelle.

Si le pied bot est réductible, toute ténotomie est irrationnelle. On peut rétablir la fonction par l'usage d'appareils spéciaux à tractions élastiques, les liens élastiques était disposés de façon à suppléer les muscles dont on a constaté l'insuffisance. Mais il est bien préférable d'agir opératoirement de façon à se passer d'appareils. Ici la difficulté est surtout de fixer le pied en bonne attitude.

Pour le pied talus, par atrophie du triceps sural, on a conseillé de raccourcir opératoirement, par l'excision et la suture, le tendon d'Achille : il semble difficile que l'on n'ait pas à craindre l'élongation consécutive de la cicatrice. D'autres chirurgiens ont eu recours, après ténotomie à ciel ouvert, à l'union par suture du bout central des péroniers au bout périphérique du tendon d'Achille. Nous ne croyons pas que les opérations de ce genre aient un grand avenir et nous pensons que pour le pied bot paralytique réductible, l'intervention de choix est l'arthrodèse portant à la fois sur la tibio-tarsienne et sur la médio-tarsienne. L'abrasion des cartilages se fait facilement à la curette, par une incision externe en L.

Si le pied n'est pas réductible, on commence par pratiquer la section des muscles qu'à l'examen sous le chloroforme on trouve rétractés. Cela fait, si la réduction est devenue possible, on pratique l'arthrodèse, comme il vient d'être dit. Si elle est restée impossible, c'est qu'il y a des déformations osseuses telles qu'il faut s'attaquer au squelette de la même manière que pour le pied bot congénital.

BIBLIOGRAPHIE

Précis des maladies blennorrhagiques, par le Dr Audry. — Steinheil, édit., Paris, 1893.

Comme son titre l'indique, ce petit livre n'a voulu être qu'un précis, aussi serait-on mal venu de lui faire le reproche de sa brièveté et de sa concision, reproche que je lui ai entendu faire.

Etant donnée l'intention de l'auteur, il eût été difficile de faire mieux et plus précis. Le plan qu'il a suivi lui permet d'éviter les redites et surtout le dispense de tout le solennel et sénile historique dans lequel on se trouve contraint de prendre en considération l'opinion d'Hippocrate, de Celse, de Gallien, de réfuter leurs arguments et de perdre un temps précieux à réimprimer ce que l'on trouve dans tous les classiques et ce que personne, heureusement, ne relit.

Je ne saurais trop louer M. Audry de son chapitre ayant trait aux généralités. Il adopte, avec juste raison certes, l'opinion de la spécificité blennorrhagique et donne la description du gonocoque, sa morphologie, sa localisation, ses propriétés, etc. Il y a là quinze pages soigneusement faites, très clairement écrites et qui nous apprennent ce qu'est ce petit organisme,

d'où nous vient tant de maux.

C'est, suivant moi, la meilleure partie du livre. Je ne veux pourtant pas passer sous silence l'étude de l'uréthrite masculine que M. Audry divise en uréthrite gonococcique aiguë ou subaiguë et uréthrite chronique, puis à côté de ces formes acceptées par tous, il étudie l'uréthrite post-gonococcique. Celle-ci n'est plus caractérisée par la présence du gonocoque, mais existe pour ainsi dire à l'état latent. Elle rentre dans ce que Janet a si excellemment appelé l'état de réceptivité uréthrale. Quant au traitement, l'auteur donne la préférence au permanganate de potasse, employé suivant la méthode de Janet et il apporte les observations qui viennent confirmer son opinion.

Je parlerai moins de la blennorrhagie chez la femme qui m'a paru un peu écourtée. Il était difficile dans un livre d'étude générale de montrer toutes les localisations si variables dans leurs manifestations que peut adopter la blennorrhagie féminine. De même les complications de la blennorrhagie sont rapidement énumérées et M. Audry a évité l'écueil qui aurait consisté à faire tout un traité de pathologie interne, puisque la blennorrhagie peut déterminer des lésions dans presque tous les organes.

En résumé très excellent livre et qui met bien en lumière l'opinion actuelle que l'on doit avoir de la blennorrhagie; précis excellent qui peut on ne peut plus utilement préparer à l'étude de la blennorrhagie étudiée dans ses diverses modalités suivant qu'elle se présente chez l'homme ou chez la femme suivant qu'elle atteint tel ou tel système organique. F. Verchère.

Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, par le Dr O. Commenge, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin chef adjoint au dispensaire de salubrité, officier de la Légion d'honneur, etc. — Paris, G. Masson, éditeur, 1893.

Les éléments du travail que publie aujourd'hui le Dr Commenge ont déjà fait en partie l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. Ces éléments ont permis à l'auteur de faire une étude d'ensemble très intéressante au point de vue des déductions pratiques qu'on en devait tirer. M. Commenge s'est d'abord livré à une enquête sur les maladies vénériennes qui ont été constatées chez les insoumises mineures arrêtées depuis dix ans. Le résultat de cette enquête se trouve minutieusement consigné dans la première partie de son travail, qui nous apprend par exemple que c'est à 18 et 19 ans qu'on trouve le plus de malades parmi les insoumises.

L'auteur s'est attaché à montrer l'importance de la localisation des manifestations morbides, c'est en effet du siège des lésions contagieuses que dépend le danger de la contagion. Les observations de ce travail mon-

trent que les mineures constituent à Paris un élément très important de la prostitution clandestine, et qu'elles contribuent pour une très large part à la propagation de la syphilis.

La deuxième partie de ce mémoire renferme des éléments qui ne sont pas moins intéressants. Elle nous renseigne sur l'origine des insoumises mineures ; la nature des accidents qu'elles portent suivant cette origine, suivant les arrondissements, enfin la résidence des insoumises, constatée après chaque arrestation. A ce propos, l'auteur insiste sur la facilité que les insoumises mineures ont à trouver une résidence dès qu'elles abandonnent le domicile paternel. C'est évidemment là la principale cause de la prostitution clandestine chez cette catégorie de la population et c'est elle que les pouvoirs publics ont mission d'atteindre.

M. Commenge examine enfin les remèdes qu'on peut apporter à cette situation et montre que les pouvoirs sont suffisamment armés par la loi pourvu que celle-ci soit rigoureusement appliquée. A l'appui, il cite quelques exemples d'ordonnance qui ont été prises par les municipalités en s'appuyant sur les articles 334 et 335 du code pénal.

Le travail de M. Commenge, qui s'appuie sur les données positives de l'observation, montre la nécessité impérieuse qu'il y a à en enrayer au plus vite la prostitution chez les mineures. L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

L'ichthyol et son emploi dans le traitement des maladies de la peau, par le Dr Chatelain. (Extrait du *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1893.) — L'ichthyol est fourni par la distillation de roches bitumineuses trouvées dans le Tyrol, et constituées par une sorte de résidu de matériaux organiques en majeure partie formés d'animaux marins préhistoriques et surtout de poissons fossiles décomposés.

L'ichthyol, par sa couleur noirâtre, son odeur, sa consistance, rappelle le goudron végétal ; il possède une saveur désagréable.

Ce corps est soluble dans l'éther, l'alcool, l'eau pure ; il est miscible à tous les corps gras, aux huiles, à la vaseline, à la glycérine, à la lanoline...

Il est extrêmement riche en souffre.

On le traite par l'acide sulfurique, pour obtenir une sorte d'acide sulfo-ichthyolique que l'on combine à la base, comme l'ammoniaque, la soude, la potasse. Le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque est le sel le plus employé ; il est désigné communément sous le nom d'ichthyol.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'énumération des nombreuses propriétés physiologiques de l'ichthyol; nous nous contenterons d'énumérer les principales d'entre elles : celle de soustraire de l'oxygène aux tissus avec lesquels on le met en contact et d'amener la kératinisation des épithéliums de la peau par suite de la soustraction de cet oxygène ; de réduire le volume des vaisseaux sanguins par suite de la rétraction de l'endothélium vasculaire. « En agissant ainsi, dit l'auteur, l'ichthyol aura pour effet de diminuer l'inflammation et l'infiltration de la peau. »

Mais si cette substance jouit de propriétés antiphlogistiques et astringentes remarquables, c'est une arme à deux tranchants et, comme l'a fait remarquer von Nussbaum, on guérit l'eczéma avec l'ichthyol et on le produit aussi avec l'ichthol.

Celui-ci jouit, en outre, de propriétés antiseptiques sérieuses ; d'après Fessler, Latteux, il atténue à doses minimes la virulence du streptococcus pyogenes et, à doses plus élevées, en enraye le développement ; pour Neisser, une solution d'ichthyol à 1 p. 100 détruit le gonocoque de la blennorrhagie. D'après Schwengers, l'ichthyol en solution à 10 p. 100 arrête le développement de l'achorion schönleinii et du trichophyton tonsurans.

Enfin l'ichythol jouit de propriétés analgésiques remarquables. Dans une analyse précédente, nous avons déjà parlé des résultats obtenus par Damiens à l'aide d'injections hypodermiques d'ichthyol dans certaines affections douloureuses.

Non seulement ce corps est employé à l'extérieur, mais encore il est administré à l'intérieur.

Chez l'homme, Zuelzer et Nussbaum ont donné jusqu'à 5 gr. par jour et n'ont constaté aucun effet fâcheux, aucune aversion pour ce médicament. Par contre, le Dr Besnier est d'un avis opposé : « Dans le rayon de notre pratique, écrit-il, il est très peu de malades, quels qu'ils soient, à qui, par un procédé quelconque, nous ayons pu faire tolérer longtemps un gramme d'ichthyol par jour. » Ces inconvénients consistent en renvois, nausées...

Pour l'auteur, on fera prendre le médicament en 2 ou 3 doses, à jeun, avant le repas ; on le donnera dans du lait, de la bière, du chocolat, en solution à 20 p. 100, 40 p. 100. On peut encore le faire prendre sous la forme pilulaire à l'issue des repas, en pilules de 0 gr. 10.

A l'extérieur, c'est sous diverses formes qu'on l'emploie ; nous ne pouvons entrer ici dans ces détails. La pommade la plus employée est celle au 1/10e. En ajoutant 40 gouttes d'essence de mirbane pour cent en préparations ichthyolées, l'auteur est parvenu à les désodoriser.

Nous ne pouvons non plus passer en revue toutes les dermatoses dans lesquelles l'ichthyol a été employé avec succès ; pour cela nous renverrons au travail consciencieusement fait de l'auteur. Nous nous contenterons ici de reproduire ses conclusions.

« Nous avons trouvé l'ichthyol efficace dans 6 ordres de dermatoses différents :

Les maladies dans lesquelles il agit comme agent réducteur en diminuant le calibre des vaisseaux, cal-

mant l'inflammation et l'infiltration de la peau : tels les *Acnés*, la *Couperose*, divers *Eczémas*, les *Engelures*, l'*Erysipèle*, les *Lymphangites*.

2° Son action parasiticide l'a fait préconiser dans certains *Eczémas parasitaires séborrhéiques*, certaines *Dermatophylies*, les *Affections microbiennes* de la peau.

3° Ses propriétés analgésiques ont rendu tributaires de son emploi des affections comme les *Brulûres*, les *Dermites artificielles douloureuses*, le *Zona* etc., maladies dans lesquelles son pouvoir analgésique se confond avec ses qualités décongestionnantes et anti-inflammatoires.

4° Comme astringent, siccatif, desséchant, il convient dans plusieurs formes d'*Eczémas humides*, dans les *Eczémas séreux* des enfants, dans l'*Hyperidrose*, dans les *Séborrhées huileuses*.

5° Son action contre le prurit le rend utile dans quelques *Eczémas*, dans le *Prurigo*, dans les divers *Prurits*.

6° Enfin, sa richesse en soufre lui donne la même influence que ce médicament sur toutes les altérations épidermiques : *Séborrhées sèches*, *Desquamations exanthematiques*, *Ichthyose*, *Psoriasis*, etc. (parakératoses.)

Dr Barbe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier. — Présidence de M. Lœwy.

Un signe de mort certaine, emprunté à l'ophtalmotonométrie. Lois de la tension oculaire. — M. W. Nicati. En étudiant la tension oculaire à l'aide du nouvel instrument que j'ai fait construire et présenté récemment à la Société de Biologie, on trouve que cette tension, ou plus simplement dureté, qui est normalement de 18 gr. à 21 gr., oscille à l'état physiologique entre 14 gr. et 25 gr. (T. 0,4 à 1), baisse avec la cessation des battements du cœur à 12 gr. environ, pour s'affaisser ensuite progressivement avec des ressauts ou retours en arrière brusques, ne dépassant jamais douze. A partir d'une demi-heure, on rencontre déjà les duretés minima de 1 gr. à 3 gr., mais la détente définitive n'a lieu qu'après deux heures ; elle devient alors complète.

L'œil énucléé et replacé dans son orbite présente les mêmes phénomènes.

L'instrument qui donne ces résultats est d'une extrême précision ; ses indications sont dépouillées de l'équation personnelle à l'observateur qui a entravé, jusqu'à ce jour, tous les procédés pratiques de tonométrie oculaire.

Il en résulte un signe de mort certain qui réside dans un premier affaissement au moment de l'arrêt du pouls et dans un affaissement définitif, et au plus haut degré démonstratif, peu d'heures après.

Les lois qui président à ces phénomènes sont les suivantes :

1° La tension oculaire est fonction de la tension sanguine ;

2° Elle obéit à une régulation réflexe opposant à la pression sanguine des pressions égales (et empêchant soit les déformations qu'une pression sanguine exagérée pourrait provoquer, soit les ischémies qu'une pression sanguine trop faible amènerait inévitablement si l'œil conservait une pression constante) ;

3° Une régulation rapide, provisoire, a lieu par la rétraction rapide ou contraction de la coque oculaire musculeuse ;

4° Une régulation plus lente et plus durable a lieu par la sécrétion d'humeur aqueuse et son élimination.

Ces lois méritent de fixer l'attention, et pour leur portée ophtalmologique, et pour les applications à en tirer au profit de la médecine générale, la dureté de l'œil permettant une appréciation de la tension sanguine.

Quelques observations à propos du venin des serpents. — M. S. Jourdain. Les intéressantes expériences de MM. Bertrand et Phisalix ont démontré que la résistance de la vipère à l'inoculation de son propre venin et, en dernier lieu, celle de la couleuvre à cette même intoxication, proviennent de la présence d'une certaine quantité de venin dans le sang de ces serpents. On s'explique aisément la présence du venin dans le sang de la vipère, puisque une glande spéciale, bien développée, est chargée de la sécrétion de ce produit toxique. Or, comme il arrive pour toutes les sécrétions, une certaine quantité du produit sécrété existe normalement dans le torrent circulatoire. En vertu de cette règle générale, la présence dûment constatée du venin dans le sang de la couleuvre implique chez cette dernière l'existence d'un appareil vénénifique. C'est ce que les recherches de MM. Bertrand et Phisalix viennent de révéler.

La couleuvre à collier (*Natrix torquatus*) n'est pas la seule qui se montre réfractaire au venin de la vipère. Ainsi que je m'en suis jadis assuré, la couleuvre vipérine (*Tropidonotus viperinus*), la couleuvre d'Esculape (*Elaphis Æsculapii*), la couleuvre lisse (*Coronella lævis*) et la couleuvre à échelons (*Rinachis scalaris*) possèdent une semblable immunité.

Je regarde donc comme certain que ces Ophidiens possèdent des appareils vénénifiques, dont les produits se retrouvent dans leur sang. Bien plus, j'incline à croire que cet appareil existe chez tous les Ophidiens.

Dans les serpents venimeux les glandes à venin ne font que se masser et s'hypertrophier. En outre, un appareil d'inoculation perfectionné y est adjoint.

Au point de vue de la situation de l'appareil inoculateur, on peut établir deux groupes. Les dents sillonnées ou tubuleuses sont en avant de la mâchoire supérieure, groupe protéroglyphe ; ou elles sont rejetées tout à fait en arrière, groupe opistoglyphe. Nous possédons en France des représentants de ces deux groupes. Les deux espèces de vipères (*Vip. aspis* et *Vip. berus*) sont des protéroglyphes. Le groupe opistoglyphe n'est représenté que par la couleuvre de Montpellier (*Cœlopeltis insignitus*).

La vipère a fait l'objet d'un grand nombre de travaux anatomiques et physiologiques. Par contre, le *Cœlopeltis* a été peu étudié. A Montpellier, j'eus plusieurs individus vivants à ma disposition ; la dissection me permit de reconnaître, comme l'avait fait auparavant Duvernoy pour d'autres opistoglyphes, la présence d'une petite glande à venin, dont le conduit excréteur était en rapport avec les crochets sillonnés postérieurs.

Le *Cœlopeltis* a la forme générale et les habitudes des couleuvres. Il n'attaque point les animaux vivants, dont il

se nourrit, de la même manière que la vipère. Celle-ci, comme les serpents à crochets antérieurs, fond sur sa proie avec la rapidité de l'éclair, la blesse avec ses crochets, puis se retire et attend tranquillement l'effet prompt et assuré du poison, qui va mettre sa victime à sa merci. Le *Cœlopeltis*, comme les aglyphodontes, lutte corps à corps avec sa victime, qu'il étreint dans ses anneaux, ou, presque toujours, se nourrissant de petites proies, happe sa proie avec ses mâchoires. C'est seulement quand cette proie est fortement engagée que les dents à venin peuvent entrer en action.

Cependant, le venin de la couleuvre de Montpellier a une activité comparable à celui de la vipère. La vérification expérimentale exige quelques précautions. Lorsque le serpent, qui est d'un caractère assez irascible, se jette sur un corps assez volumineeux, il ne blesse qu'avec les dents antérieures. Pour enfoncer dans les tissus les crochets à venin, je faisais abaisser fortement par un aide la mâchoire inférieure de la couleuvre, passée dans l'anneau d'une clef, puis j'introduisais transversalement un membre de la victime jusqu'au fond de la bouche, et j'y implantais les crochets. J'ai vu ainsi périr assez rapidement de petits mammifères et des oiseaux.

Je n'ai point eu l'occasion d'essayer le venin de la vipère sur le *Cœlopeltis*, mais je suis convaincu que ce serpent doit s'y montrer particulièrement réfractaire. Il sera d'ailleurs facile, sans doute, d'expérimenter sur cet opistoglyphe, qui n'est pas rare en divers points du sud-est de la France.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 30 janvier 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La Correspondance comprend un travail sur les causes des maladies dans leurs rapports avec la thérapeutique, par le Dr M. Bastié de Graulhet (Tarn).

M. Worms est désigné pour faire partie de la Commission des associés libres, en remplacement de M. Monod, non acceptant.

M. le Président déclare une vacance dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement du professeur Léon Lefort, décédé.

Nouvelles recherches sur la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation. — M. Le Dentu fait sur un travail de M. Mossé, professeur à la Faculté de Toulouse, un rapport qu'il résume ainsi :

Les expériences d'Adamkiewicz et de M. Mossé, poussées plus loin que d'autres qui les ont précédées ou suivies, paraissent démontrer que, chez les animaux, les réimplantations et transplantations osseuses aseptiques de rondelles empruntées au crâne peuvent être suivies de succès, en ce sens, que les portions réimplantées et transplantées continuent à vivre et se fusionnent partiellement ou complètement avec l'os récepteur. Elles deviennent des greffes proprement dites, soit, mais outre que ce résultat doit être considéré comme inconstant, on peut se demander si chez l'homme il doit être recherché.

On connaît mes opinions relativement à la supériorité des implantations d'os décalcifié qui offrent simplement un substratum temporaire aux ossifications nouvelles, tout en rétablissant immédiatement la forme des parties. Aux membres et dans les foyers aseptiques, cette pratique m'a fourni de bons résultats, mais je n'ai jamais eu la pensée de l'appliquer aux pertes de substance du crâne. C'est qu'ici il y a une indication qui domine tout, c'est de ne pas obturer les orifices de trépanation, c'est de faciliter l'écoulement au dehors des liquides qui pourraient se collecter ou simplement suinter dans la profondeur de la brèche. L'obturation complète de cette dernière pourrait avoir de tels inconvénients qu'il est infiniment préférable de ne pas s'y exposer. L'objection atteint non pas seulement les tentatives de greffe hétéroplastique, mais d'une façon générale la réimplantation de la rondelle cranienne, qu'il s'agisse du procédé fragmentaire de Max Ewen, ou des procédés des plus compliqués de Wagner et de König, ou de tel autre dérivé de ceux-là.

L'important est que, dans la pratique, nous ne trouvions pas de graves inconvénients à laisser la brèche se combler d'elle-même, si ce résultat n'est pas empêché par l'étendue de la lésion ou par l'âge des opérés. D'ailleurs, ou le sujet est jeune, et alors on voit des ossifications nouvelles se produire aux dépens des bords de la brèche osseuse et de la dure-mère dans des proportions souvent assez grandes pour que les battements du cerveau cessent d'être perceptibles ; ou le sujet est âgé et alors les réimplantations et les greffes n'ont plus de chance de réussir. L'opéré n'en éprouverait plus que les inconvénients et les dangers.

Traitement de la tuberculose. — M. Lancereaux fait un rapport sur un travail de M. le Dr Caravias, relatif à un traitement de la tuberculose par les substances qui, dans l'organisme, produisent de l'acide succinique et qu'il appelle des succinogènes ; telles sont la viande crue, les graisses, le bimalate de chaux, l'acide benzoïque et ses sels, la pepsine non acidifiée, l'asparagine, la carotte, les légumes verts, etc., etc.

L'acide succinique n'agit pas sur la matière tuberculeuse mais bien autour d'elle où, grâce à son pouvoir antiseptique, il s'oppose à l'envahissement bacillaire.

Sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache. — M. Béchamp.

La fièvre typhoïde à Paris. — M. Rochard montre que la fièvre typhoïde ne cesse de diminuer de fréquence à Paris par suite des mesures d'hygiène qui ont été prises.

A 4 h. 1/2 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Purpura infectieux. — M. Lebreton. — Une jeune fille de 18 ans, quarante-huit heures après une émotion violente, présenta des symptômes généraux graves : céphalée, rachialgie, frisson, fièvre, épistaxis répétés. Douze heures après apparaissent sur les bras, les mains, les jambes et les régions fessières des taches de purpura confluent laissant à peine un intervalle de peau saine sur les extrémités. Eruption discrète au contraire sur le corps. Pendant quarante-huit heures, état syncopal de la malade faisant craindre un dénouement subit que paraissent seules conjurer les injections sous-cutanées

d'éther et de caféine et les inhalations d'oxygène, symptômes d'infection, rate grosse, refroidissement périphérique. Après quelques jours, amélioration progressive des symptômes alarmants et guérison.

Des cultures faites sur agar et dans les bouillons avec le sang donnent toutes des colonies nombreuses de staphylocoque blanc. Un ensemencement d'urine donne également des cultures de staphylocoques.

Toutes réserves faites à cause de la banalité du microbe trouvé dans le sang, M. Lebreton pense que cette observation peut être mise à côté de celles où le streptocoque, le pneumocoque ont été rencontrés chez des malades présentant du purpura avec symptômes infectieux.

La porte d'entrée du microbe étant ici inconnue, pas de suppuration, de furoncle, d'impétigo dans l'entourage de cette malade. Pas d'angine, pas d'affection suppurante.

M. Mathieu. Il s'agissait dans ce cas d'un purpura infectieux à forme grave, qui se termine fréquemment par la mort dès les premiers jours de l'apparition de purpura. Ces cas ont été quelquefois confondus avec la variole au début, et c'est ce qui est arrivé précisément pour la malade de M. Lebreton.

Atrophie de la vésicule biliaire consécutive à l'obstruction calculeuse du canal cholédoque. — M. Hanot. M. Terrier a mis en lumière ce fait — signalé antérieurement par Courvoisier — que dans les cas d'obstruction du canal cholédoque par des calculs, la vésicule biliaire, loin d'être dilatée, est au contraire atrophiée. Sans sortir de la clinique médicale, il me suffira de rappeler combien il serait parfois difficile de distinguer un cancer de la tête du pancréas d'une oblitération calculeuse du canal cholédoque, en dehors des renseignements fournis par l'examen de la vésicule biliaire. Rien de plus simple aujourd'hui, puisque dans le rétrécissement calculeux du canal cholédoque la vésicule biliaire est atrophiée, tandis que dans le cancer de la tête du pancréas la vésicule est, au contraire, dilatée.

J'ai eu dans mon service, en 1884 et 1888, deux cas de lithiase biliaire avec obstruction et distension du canal cholédoque terminés par la mort. Ces deux observations peuvent se résumer succinctement ainsi :

Obs. I. — Lithiase biliaire. Mort avec accidents cholériformes. Obstruction du canal cholédoque par un calcul. Dilatation des canaux biliaires; atrophie de la vésicule. — Cette observation concerne un homme de 60 ans, entré en 1884 à l'hôpital Tenon.

Obs. II. — Lithiase biliaire. Mort par infection secondaire : phlegmatia alba dolens ; érysipèle de la face. Calcul enchatonné dans l'ampoule de Vater. Dilatation des conduits biliaires. Atrophie considérable de la vésicule biliaire. — Homme de 55 ans, entré à Saint-Antoine en 1888.

Ces deux faits ont été observés à une époque où la chirurgie des conduits biliaires n'avait point atteint le degré de perfectionnement où elle est aujourd'hui, et on peut se demander avec regret si les deux malades dont il s'agit n'auraient pas été sauvés par les procédés thérapeutiques journellement employés à l'heure actuelle. D'autre part, le diagnostic avait longtemps oscillé, dans l'ignorance où on était alors des données importantes fournies plus tard à la pathologie hépathique par MM. Courvoisier et Terrier.

On admet généralement que l'obstruction du canal cholédoque, déterminant une stase biliaire, facilite la pullulation des microbes pathogènes qui peuvent entraîner la transformation scléreuse des parois des conduits et de la vésicule. C'est au niveau de la vésicule que le processus est le plus intense, soit en raison de conditions microbiogéniques plus puissantes qu'ailleurs, soit en raison de la structure anatomique. De là, la transformation fibreuse prédominante de la vésicule et consécutivement son atrophie. C'est ainsi qu'on explique encore la production de ces fausses membranes qui enveloppent la vésicule ainsi que ses canaux excréteurs.

Sans vouloir étudier à fond cette pathogénie, je ferai remarquer qu'à cette cause fondamentale doivent s'ajouter, suivant les cas, des facteurs secondaires. Ainsi, dans une de mes observations, en examinant attentivement la vésicule, au niveau de son embouchure avec le canal cystique, on voyait que la lésion scléreuse était là à son maximum, et l'infiltration, au même point, du tissu fibreux par du pigment noirâtre semblait montrer qu'il s'était fait antérieurement, à ce niveau, un travail d'exulcération dû probablement au passage d'un calcul volumineux de la vésicule dans le canal cystique. Il est donc permis de supposer que parfois le calcul provoque une lésion traumatique de la vésicule ou des conduits, lésion qui suffit à expliquer partiellement les transformations dont ces parties sont le siège.

Le choléra de Constantinople en 1893. — M. Chantemesse. Constantinople est une des villes où le choléra peut faire le plus de victimes, soit par l'impureté des eaux, soit par le mauvais état des égouts et de la voirie. La plupart des fontaines publiques ont leur eau polluée par l'insuffisance des canalisations, dont quelques-unes traversent des cimetières, ou dont les réservoirs sont situés à l'air libre. L'origine du choléra en 1893 est encore indéterminée, le premier cas a été constaté dans un des faubourgs d'où il est diffusé rapidement dans toute la ville. La dissémination s'est faite par la transmission directe et par les eaux potables. Les mesures de désinfection permirent d'enrayer cette épidémie en quelque mois.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^{e} ARRONDISSEMENT

Séance du mardi 28 *novembre* 1893.

La correspondance comprend :

Une lettre d'excuse du D^{r} Monnier ne pouvant assister à la séance ;

Une lettre du D^{r} Ollivier pour remercier la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

Une lettre de candidature du D^{r} de Souza, présenté par les D^{rs} Toledano et Valude ;

Une lettre de candidature du D^{r} Vandremer, présenté par les D^{rs} Tolédano et Sottas.

On nomme immédiatement une commission pour chacune de ces deux candidatures :

Pour le D^{r} de Souza : MM. Tolédano, Valude et Alibert, rapporteurs.

Pour le D^{r} Vandremer : MM. Hallé, Grenet et Le Bec, rapporteur.

M. Verchère fait un rapport sur la candidature du D^{r} Brisson concluant à l'admission de ce confrère.

M. Ferrand fait un rapport sur la candidature du D^{r} Ten-

nesson, il énumère les nombreux travaux de notre confrère et propose de l'admettre comme membre de notre Société.

Enfin M. Tolédano fait le rapport sur la candidature du Dr de Wollie et conclut également à son admission.

Ces conclusions sont mises aux voix et les trois confrères sont admis à l'unanimité.

M. Verchère propose que la Société vote des félicitations pour notre président qui, par sa lettre circulaire du mois d'octobre, a provoqué de nombreuses candidatures. Cette proposition est adoptée par acclamation.

M. Sottas lit une observation d'appendicite perforante primitive terminée par la guérison. (V. *France méd.*, n° 4, p. 49.)

M. Le Bec dit qu'il est très difficile de déterminer les cas où on doit intervenir car les symptômes sont très trompeurs ; il cite un cas de perforation intestinale avec péritonite purulente avec très peu de fièvre : l'opération fut pratiquée et le malade mourut pendant la nuit suivante.

Il cite un second cas d'appendicite avec perforation, sans fièvre et même avec hypothermie, pas de douleur, symptômes d'étranglement interne.

M. Verchère confirme les difficultés du diagnostic : il y a des appendicites qui déterminent des phénomènes généraux de suppuration avec fièvre.

Il y a des appendicites à marche rapide ressemblant à l'étranglement interne, avec abaissement de température, pouls rapide et petit, odeur stercorale de l'haleine ; ce sont des intoxications par le contenu intestinal, des septicémies intestino-péritonéales. Le rôle chirurgical doit varier suivant la forme clinique à laquelle on a affaire.

M. Ferrand rappelle l'opinion qu'il a déjà émise dans une discussion analogue, la possibilité de guérison, dans bien des cas, sans opération. Albert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 27 janvier 1894. — *Présidence de* M. Christian.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Corresp imprimée : rev. et journ. habituels ; Revue des trav. scient. (Minist. de l'Inst. Publ.) t. XVII, nos 7, 8 et 9 ; Bullet. de la Soc. de méd. d'Angers.

Corresp. manuscrite : Invitation au Congrès internat. d'Hygiène et de Démographie de Budapest, du 1er au 9 sept. 1894.

Lettre du secrétaire du Congrès int. de méd. de Rome redemandant la désignation de deux délégués.

Lettre de M. Gillebert d'Hercourt, trésorier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Lettre de M. de Beauvais, indisposé, priant le président de communiquer officieusement à la Société une série de documents relatifs au projet de fusion de la Société de médecine de Paris avec la Société de méd. et de chir. pratiques. Renvoi à une commission composée de MM. Duroziez Dubuc, de Ranse, Ladreit de Lacharrière, Reliquet et le bureau.

M. Trousseau lit un mémoire sur les résultats obtenus pendant les premiers mois de fonctionnement du nouveau pavillon d'isolement de l'hospice des Quinze-Vingt (*sera publié*).

M. Besnier fait observer que cette installation constitue un véritable hôpital.

M. Duroziez lit un travail sur le **rétrécissement pulmonaire** (*sera publié*).

M. Dubuc, qui avait été chargé de faire un rapport sur la candidature à l'honorariat de M. G. Richelot conclut au rejet de la demande, les quinze ans de titulariat exigés par le règlement n'étant pas écoulés depuis l'admission de notre collègue.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 *décembre* 1893. — *Présidence de* M. le Dr Yvon.

M. Gourichon. J'ai le plaisir d'informer la Société que, dans sa dernière séance, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique s'est occupé de notre vœu tendant à faire nommer un médecin des bureaux de bienfaisance comme membre de ce conseil. La commission chargée d'étudier cette question, commission composée de 10 membres, a décidé, à l'unanimité, que les médecins des bureaux de bienfaisance auraient, au sein du Conseil de surveillance, un représentant nommé par eux, au même titre que les médecins des hôpitaux.

Les autres articles de nos desiderata seront examinés à l'occasion de la discussion de la loi de 1886. Presque tous les membres sont favorables à nos revendications.

M. de Pradel demande à la Société des votes de remerciements à M. Gourichon et à ceux de nos collègues qui se sont associés à lui dans ces démarches couronnées par un si bon résultat. Ces remerciements sont votés à l'unanimité.

M. Le Coin. Messieurs, M. Commenge offre à notre Société son ouvrage ayant pour titre : *Syphilis et prostitution* ; je propose que M. Meugy nous fasse un rapport sur cette intéressante étude. Cette proposition est adoptée.

M. Passant nous adresse également une brochure sur « les bureaux de bienfaisance et le service à domicile ». Je demande à la Société de voter des remerciements à M. le Dr Passant et, en même temps, de réparer un oubli en lui envoyant la médaille que nous avions l'intention de lui décerner, en même temps que celles données à nos anciens membres les plus dévoués, à notre dernier banquet.

Une médaille est votée au Dr Passant. La Société nomme ensuite de nombreuses commissions et des rapporteurs chargés de présenter, à la prochaine séance, des rapports sur les candidatures de 21 nouveaux confrères ayant demandé à entrer dans la Société.

Après lecture des rapports de MM. Toledano, Jarry et Gérard, MM. Willy, Gerson et Piole sont nommés membres de la Société.

M. Le Coin fait part à la Société de la mort d'un de ses membres, M. Mary Durand.

Élection d'un nouveau bureau pour l'année 1894. — Sont nommés pour 1894 :

Président	M. le Dr Rotillon.
1er *Vice président*	M. le Dr Dussaud.
2e *Vice-président*	M. le Dr De Pradel.
Secrétaire général	M. le Dr Lecoin.
1er *Secrétaire des séances*	M. le Dr Jarry.
2e *Secrétaire des séances*	M. le Dr Bimsenstein.
Trésorier	M. le Dr Kinzelbach.
Archiviste	M. le Dr Meugy.

M. Le Coin demande la nomination d'un secrétaire général djoint, chargé de l'aider dans le travail très lourd d'un crétariat.

Il n'est pas fait de nomination d'un secrétaire général djoint, mais la Société demande à M Billon de vouloir len, officieusement, aider M. le Secrétaire général dans on travail.

M. Billon accepte cette proposition.

M. Bimsenstein, au sujet des élections, demande à la Soété d'étudier les propositions suivantes :

« La Société décide :

« Le Bureau est chargé de dresser chaque année une liste es membres nouveaux pour l'exercice suivant.

« Cette liste comprendra les noms que le Bureau, après élibération, désignera lui-même avec l'approbation des atéressés.

« Elle comprendra également les noms de ceux qui feront cte de candidature.

« Pour donner plus de force et de prestige à l'élection, la ociété décide que cette liste, qui sera imprimée, sera dressée à tous ses membres. Ceux-ci auront toute liberté e voter pour les candidats de leur choix. De plus, le ote par correspondance sera admis. »

La Société décide d'étudier ces articles à la prochaine éance.

Une commission est ensuite nommée pour faire un raport sur les questions suivantes posées par M. Tolédano :

1° Un médecin du service à domicile peut il être, en même emps, médecin de la consultation dans un autre arrondisement ;

2° Un docteur établi pharmacien dans un arrondissement, peut-il être médecin de la consultation dans un utre arrondissement ?

Le Secrétaire des séances : E. de Pradel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier. — Présidence de M. Lucas-Championnière

Néphrolithotomie et suture du rein. — M. Le Dentu. La suture rénale a été faite par moi en 1888, trois mois avant la présentation de M. Tuffier à l'Académie. L'observation a été publiée dans mon *Traité* ; il s'agissait de calculs extraits par une incision rénale. La guérison fut complète. En février 1887, je fis une nouvelle opération semblable, à laquelle M. Tuffier assistait. Le même succès suivit la suture du rein qui arrêta l'hémorrhagie en nappe. Ces opérations me conduisirent cliniquement à démontrer l'innocuité de la suture rénale et si M. Tuffier, postérieurement à mes opérations, a fait ses expériences sur le chien, elles ne sont que la confirmation expérimentale de ce que mes opérations sur l'homme avaient déjà prouvé.

Quant aux pinces pour l'hémostase préventive, M. Tuffier n'a pas toujours été de l'opinion dont il est venu nous entretenir dans la dernière séance et, à ce moment, je crois qu'il était dans le vrai. Je crois que le procédé de la compression digitale est, en général, facile et bien préférable, par conséquent, aux pinces qui souvent ne sont pas applibles.

Hystérectomie et prolapsus utérin. — M. Bouilly. Je ne rentrerai pas dans le fond de la discussion. Je n'ai aucune expérience relativement au traitement du prolapsus par l'hystérectomie, n'ayant pas eu encore l'occasion de la pratiquer.

Une seule fois je la fis, mais par surprise pour ainsi dire, chez une femme âgée, à laquelle j'avais cru reconnaître un allongement hypertrophique, et qui était atteinte de prolapsus. L'hystérectomie fut la plus facile que j'aie jamais eue à faire. La guérison fut rapide. Quelles furent les suites au point de vue du prolapsus du vagin, je ne saurais le dire, n'ayant pas eu l'occasion de revoir la malade.

Quant aux traitements autoplastiques, je puis donner le résultat de ma pratique et de ma longue expérience.

Dans les prolapsus génitaux, les complications de fibromes, d'altérations des annexes, sont exceptionnelles.

Les parois vaginales jouent le premier rôle ; et l'utérus suit ou ne suit pas cet affaiblissement. — La preuve en est donnée par les cystocèles et rectocèles qui ont précédé le prolapsus, lequel on peut prévenir par une intervention précoce.

Un allongement hypertrophique sus ou sous-vaginal du col entraîne la nécessité d'une résection conoïde du col avant l'autoplastie.

Enfin, ces interventions plastiques bien exécutées donnent d'excellents résultats. Sur 160 malades que j'ai opérées, j'ai pu constater que les résultats ont été en s'améliorant à mesure que j'acquérais davantage d'expérience.

Quel que soit le procédé opératoire adopté, c'est aux parois vaginales qu'il faut s'adresser. Rétrécir et fermer, telles sont les indications que doit remplir toute opération plastique. Après avoir fait cette opération, il faut sembler avoir trop fait pour avoir fait assez.

C'est dire que je rejette de parti pris toute opération qui s'adresse uniquement à l'utérus, telle l'hystéropexie ou l'hystérectomie. Ce sont là des opérations d'exception et je ne saurais trop regretter la tendance qui semble s'indiquer d'ouvrir le ventre pour une hystéropexie, d'entrouvrir l'utérus pour un prolapsus alors que les méthodes simples d'autoplastie sont celles de la bonne et saine chirurgie.

M. Pozzi. C'est évidemment une méthode d'exception que l'hystérectomie pour prolapsus. Mais, je ne pense pas qu'elle doive être rejetée d'emblée. Sans refaire un historique, j'ai été tout à fait surpris de voir cette intervention présentée comme une méthode nouvelle. Elle a été faite il y a déjà longtemps.

Quoi qu'il en soit, voyons les indications. Dans les cas où on reconnaît qu'il est impossible de maintenir réduit un utérus plus ou moins hypertrophié, on peut être autorisé à supprimer cet utérus. Telles sont les seules limites qui permettent d'agir par l'hystérectomie.

Au point de vue de la technique opératoire, l'ablation de l'utérus n'est qu'un temps accessoire. La colpectomie, la périnéorrhaphie sont les deux temps principaux.

Les trois opérations doivent être faites dans une seule séance. Comment doit-on les faire se succéder ? Sur l'utérus prolabé, je dissèque le triangle postérieur et antérieur du vagin. Puis je procède à l'hystérectomie. Puis, après l'ablation de l'utérus, on suture l'avivement des parois antérieure et postérieure du vagin.

Enfin on termine par la périnéorrhaphie d'après le procédé de Lawson Tait qui me paraît le plus rapide.

Quant à la nécessité de créer une sangle supérieure au fond du vagin que défend M. Quénu, elle a déjà été dans

l'idée de Fritsch, de Martin, mais elle me paraît remplir un but plus théorique que réellement pratique.

Quels sont mes résultats ? J'ai eu quatre opérées d'hystérectomie pour prolapsus.

Une première malade à laquelle je fis une hystérectomie, puis dans une deuxième séance une périnéorrhaphie, me présenta une guérison parfaite au moment de sa sortie. Elle n'a pas été revue, il y a deux ans de cette opération.

Une deuxième malade mourut le deuxième jour avec 40° de température. C'était une emphysémateuse cardiaque qui succomba à une congestion pulmonaire aiguë double.

Une troisième malade ne voulut pas se soumettre à la périnéorrhaphie (second temps d'une hystérectomie antérieure) se trouvant par la première très suffisamment guérie. Elle conservait encore de la rectocèle et de la cystocèle.

Enfin la dernière malade a été présentée à la Société de chirurgie quinze jours après l'intervention. La colpopexie s'était faite spontanément et le vagin était tellement rétréci qu'il ne pouvait admettre le doigt.

M. Picqué rappelle que certaines formes de prolapsus utérin peuvent retirer un grand avantage de l'opération d'Alexandre Adams.

M. Chaput discute, d'après les opérations qu'il a pu faire, les différents procédés autoplastiques employés contre le prolapsus.

Quant à l'hystérectomie pour prolapsus il ajoute que, lui aussi, il a eu l'occasion de voir des hémorrhagies survenir après l'hystérectomie. Celle-ci est loin d'être bénigne.

Les prolapsus légers sont justiciables de l'autoplastie.

Les prolapsus complets doivent être traités par l'hystérectomie qui est grave et peut amener de la péritonite, des hémorrhagies, des perforations de la vessie, etc.

Enfin il faut joindre à l'hystérectomie la colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure.

M. Després D'après les communications très nombreuses que nous entendons depuis plusieurs séances, on peut voir que chacun des chirurgiens prenant la parole vient préconiser une opération différente de celle qu'a défendue celui qui l'a précédé. C'est donc implicitement que toutes celles que l'on a tentées ont immanquablement échoué.

Mais cette conclusion n'est pas nouvelle, c'est celle que l'on avait déjà tirée de la conclusion d'une discussion sur le même sujet, à cette même Société, en 1882, lorsque Le Fort est venu fort habilement défendre la cure opératoire du prolapsus utérin.

Il n'est pas d'opération pour le prolapsus utérin. Le prolapsus n'est autre chose qu'une hernie de l'intestin qui pousse devant lui l'utérus et le vagin. Le vagin cède seul parfois ; dans d'autres cas, l'utérus et le vagin s'accompagnent au dehors de la vulve. Le soutien de ces organes, c'est le releveur de l'anus, le périnée. Comment admettre qu'on puisse rétablir cette sangle, ce diaphragme inférieur avec un pont de peau sans soutien réel.

En 1822 Smellie et Edwards avaient déjà enlevé l'utérus prolabé, leur intervention était retombée à bon droit dans l'oubli, et actuellement, à tort, on dut retomber dans ces anciens errements.

Qu'on sache se contenter des moyens que tous les chirurgiens qui viennent de parler ici emploient, et dont aucun n'a parlé, qui; après toute intervention doivent être employés, et qui rendraient inutile toute opération. Je veux parler de la ceinture de Smellie, de Nonat, de la pelote périnéale qui vient efficacement soutenir le périnée, et remplacer le releveur de l'anus, c'est-à-dire le diaphragme inférieur.

Seulement dans les cas où l'utérus ne peut être réduit dans le vagin, on pourrait penser à sa suppression, mais jamais il n'est irréductible. En trente ans, je ne me rappelle qu'un fait où il m'ait été donné de voir cette irréductibilité.

Tumeurs de l'estomac. Ablation. — Présentation de pièces, par M. Tuffier.

Désarticulation du genou pour gangrène de la jambe. — Présentation de malade, par M. Delorme.

Tumeur du tibia. — Présentation de malade, par M. Hartmann.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Formules de l'Hôpital Saint-Louis. — Nous reproduisons ici un certain nombre de formules couramment employées dans le traitement des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, formules qui nous sont fréquemment demandées par nos confrères :

Emplâtre à l'oxyde de zinc (L. Portes).

Emplâtre simple	720	grammes.
Cire jaune	400	—
Lanoline caoutchoutée (1)	1.800	—
Oxyde de zinc	600	—
	3.520	—

Préparez de la même manière l'emplâtre au sulfate de chaux.

Emplâtre à l'acide pyrogallique (L. Portes).

Gomme ammoniaque	20	grammes.
Cire jaune	50	—
Lanoline caoutchoutée	50	—
Colophane	20	—
Térébenthine de Venise	50	—
Acide pyrogallique	126	—
	316	—

Emplâtre au calomel (Quinquaud et L. Portes).

Emplâtre Diachylon	3.000	grammes.
Calomel	1.000	—
Huile de ricin	300	—

Emplâtre à l'huile de Cade.

Emplâtre simple	1.000	grammes.
Cire jaune	500	—
Huile de cade	300	—

Emplâtre à l'huile de foie de morue.

Emplâtre simple	3.000	grammes.
Cire jaune	1.250	—
Huile de foie de morue	1.750	—

(1) La lanoline caoutchoutée contient 150 grammes de caoutchouc pour 1800 grammes de lanoline et s'obtient en distillant sur la lanoline une solution chloroformique de caoutchouc.

Emplâtre à l'huile de chaulmoogra.

Emplâtre simple	2.000 grammes.
Cire jaune	1.000 —
Huile de chaulmoagra	3.000 —

Emplâtre rouge (VIDAL).

Emplâtre diachylon	5.200 grammes.
Minium	500 —
Cinabre	300 —

Emplâtre blanc.

Emplâtre simple	2.000 grammes.
Cire jaune	1.000 —
Huile blanche	2.000 —

Emplâtre savonneux de Pick.

a Emplâtre simple	70 parties.
Cire jaune	10 —
b Savon médicinal en poudre fine	5 —
Camphre	1 —
Huile d'olives	1 —

Mêler à *a* préalablement fondu à une chaleur modérée, *b* que l'on a mélangé au mortier.

L'emplâtre savonneux salicylé de Pick contient en outre 2 à 15 p. 100 d'acide salicylique.

Glycérolé cadique faible.

Glycérolé d'amidon	860 grammes.
Huile de cade	140 —

Glycérolé cadique fort (VIDAL).

Extrait sirupeux de bois de Panama (1)	5 grammes.
Huile de Cade	50 —
Glycérolé d'amidon	45 —
	100 —

Glycérolé tartique.

Acide tartrique	50 grammes.
Glycérolé d'amidon	1 000 —

Glycérolé au calomel.

Glycérolé d'amidon	880 grammes.
Calomel	120 —

POMMADES (*Excipient :* Vaseline).

Au turbith	65 0/00
A l'oxyde de zinc	50 —
Au calomel	20 —
A l'iodure de potassium	100 —
Soufrée	65 —
Boriquée	50 —
Iodée	20 —

Solution antiseptique non toxique (L. PORTES).

Borate de soude	11 grammes.
Acide borique	5 —
Acide salicylique	5 —
Eau saturée d'essence de thym	1.000 —

(1) La substitution avantageuse de l'extrait sirupeux de bois de Panama au savon qui existait dans la formule initiale, est due à M. Lépinois, interne en pharmacie.

Poudre antiseptique (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

Iodoforme pulvérisé	1.000 grammes.
Benjoin pulvérisé	1.000 —
Quinquina pulvérisé	1.000 —
Carbonate de magnésie	1.000 —
Essence d'eucalyptus	120 —

Lotion parasiticide (HALLOPEAU).

Alcool camphré	4.200 grammes.
Glycérine	1.000 —
Essence de térébenthine	800 —
Sublimé	6 —

Solution excitante (LAILLER).

	N° 1	N° 2
Alcool camphré	100 gr.	100 gr.
Essence de térébenthine	15	25
Ammoniaque	5	15

Traumaticine à l'acide chrysophanique (LAILLER).

Chloroforme	90 grammes.
Gutta-percha	10 —
Acide chrysophanique	10 —

Sirop mixte (TENNESON).

Biiodure de mercure	1 gramme.
Iodure de potassium	100 grammes.
Sirop de sucre	2.400 —

Sirop astringent biioduré.

Biiodure de mercure	0,36 centigr.
Iodure de potassium	36 grammes.
Sirop iodotannique	1 200 —

Lotion soufrée.

Soufre précipité	50 grammes.
Alcool camphré	120 —
Eau	880 —

Traitement de la neurasthénie. (M. le prof GRASSET.) (1). — I. *Forme légère.* — 1. Manger le plus et le mieux possible, tout ce que l'estomac digérera. Pas de travail intellectuel ni surtout de préoccupation morale. Vie au grand air ; exercices du corps sans fatigue ni surmenage.

2. Tous les matins, douche froide de vingt ou trente secondes, en jet, sur tout le corps sauf la tête, suivie d'une friction sèche et d'une promenade.

A défaut d'installation suffisante, faire tous les matins une immersion rapide (entrer et sortir) et totale (jusqu'au cou) dans une baignoire d'eau froide, suivie comme la douche.

Le soir, avant dîner, massage méthodique de tout le corps.

3. Alterner, mois par mois, les deux traitements suivants (vingt jours de traitement et dix jours de repos tous les mois) :

a. A chaque repas, prendre une cuillerée de

Extrait hydro-alcoolique de kola.	10 gram.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	300 cent. cubes.

(1) *Consultations médicales*, 1893, 2e édition.

ou une cuillerée à café de

Teinture de kola.....	⎫
Teinture de coca.....	⎭ ää 50 cent. cubes.
Acide citrique.....	1 gram.
Arséniate de soude.....	0 gr. 05.

b. A chaque repas, prendre un cachet contenant

Fer réduit.....	0 gr. 10 (N° 40).

et une cuillerée de

Eau.....	300 gram.
Acide chlorhydrique.....	1 —

ou un verre à Bordeaux

Acide chlorhydrique.....	2 gr. 50.
Sirop de limons.....	100 gr.
Eau.....	Q. S. pour 1 litre.

4. Au printemps et à l'automne, aller, si possible, faire une cure de six semaines dans un établissement spécial d'hydrothérapie, comme Brioude, Champel, Divonne, Lafoux ou Saint-Didier.

En été, aller faire une saison minérale à Lamalou, Bigorre, Néris ou Ragatz.

II. *Forme grave.* — 1. Extraire le malade de son milieu ordinaire, familial et social ; l'isoler dans un établissement spécial d'hydrothérapie sans famille, avec un ou deux gardes-malades intelligents, et sous la direction constante et assidue du médecin directeur.

2. Vie en plein air, au repos. Longues heures à l'extérieur, sur une chaise longue (en osier), avec ou sans guérite à la tête (suivant le climat), et avec des couvertures sur les jambes si c'est nécessaire

Repos intellectuel et sensoriel aussi complet que le repos physique.

Les mouvements possibles et permis seront ensuite progressivement dosés par le médecin au fur et à mesure du retour des forces.

3. Massage méthodique et passif de tout le corps.

Electrothérapie ; tabouret électrique (statique) et faradisation générale.

Plus tard, on y joindra des immersions froides dans la baignoire ou dans la piscine, suivies d'un séjour au lit, et, plus tard encore, des douches froides très courtes.

(Bien remarquer que l'envoi d'un malade dans un établissement d'hydrothérapie ne veut pas dire nécessairement traitement par l'hydrothérapie. Cela veut dire extraction du malade hors de son milieu ordinaire et isolement dans une maison où il sera sous la direction continue et absolue d'un médecin résidant. L'hydrothérapie n'est qu'un des moyens : on l'emploiera plus tard chez certains neurasthéniques, pas du tout chez d'autres.)

4. Suralimentation progressive. Régler par le détail les heures et le menu du repas ; ne rien laisser modifier par les sensations du malade.

Commencer par le lait (un bol de lait toutes les deux heures), puis des œufs, de la purée de viande crue, etc.

Plus tard seulement, donner deux fois par jour une cuillerée à café de

Sulfate de strychnine.....	0,05 centigr.
Eau.....	150 —

et plus tard encore, quand le malade sera beaucoup mieux, instituer le traitement interne complet de la forme légère.

5. Quand le malade sera mieux et pourra quitter, au moins pour un temps, l'établissement, permettre quelques voyages à petites journées : séjour, suivant la saison, sur le littoral méditerranéen ou en Suisse, au fond du lac de Genève.

Plus tard, cure minérale à Lamalou, Néris, Bigorre, Ragatz, s'il n'y a pas de fond diathésique spécial ; à Balaruc ou Salies, s'il y a un fond lymphatico-scrofuleux ; à Lamalou, Uriage, Luchon, s'il y a un fond arthritique ; à La Bourboule, s'il y a un fond herpétique.

Quant aux complications digestives de la neurasthénie, leur thérapeutique est celle des dyspepsies en général.

III. *Traitement séquardien.* — Dans la plupart des formes de neurasthénie, on peut, dès que la maladie s'annonce rebelle, essayer le traitement séquardien :

1° Suspendre toute autre médication.

2° Faire tous les jours, avec une asepsie complète, une injection hypodermique d'un centim. cube d'un mélange à parties égales de liquide orchitique et d'eau distillée (côtés de l'abdomen, fesse ou région interscapulaire).

On augmentera tous les jours d'un centim. cube, jusqu'à 5 ou 6 par jour.

3° Continuer cela vingt jours. Suspendre dix jours. Puis recommencer une série semblable. (Ces deux séries suffisent pour savoir si le traitement est ou non à continuer)

4° Si, pour un motif quelconque, les injections hypodermiques sont difficiles ou impossibles, administrer le même extrait orchitique en lavements.

On prend d'abord un lavement simple d'eau chaude que l'on rend ; puis, avec une petite seringue spéciale on injecte dans le rectum un mélange de 1 ou 2 cc. de liquide orchitique pour 3 ou 4 cc. d'eau.

Suivre les mêmes règles de durée que pour les injections hypodermiques, sauf s'il se développe de l'irritation intestinale ou de l'entérite.

IV. *Injections de sérum artificiel.* — Dans les cas d'hypotension artérielle (diminution du premier bruit cardiaque, tachycardie, embryocardie), faire 2 à 4 fois par jour une injection hypodermique de 1 cc. de :

Phosphate de soude pur..	10 grammes.
Sulfate de soude pur.....	5 —
Chlorure de sodium pur..	2 —
Acide phénique neigeux..	0,50 centigr.
Eau distillée bouillie.....	Q. S. p. 100 cent. cub.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

—

Le client qui, pour se soustraire au paiement de sa dette, prétend n'être pas obligé au paiement, ne peut exciper de la prescription.

On sait que certains malades de mauvaise foi n'hésitent pas, lorsqu'ils sont mis en demeure de payer des honoraires de médecin ou des factures de médicaments, à invoquer, devant les tribunaux, la prescription édictée par l'article 2272 du Code civil.

Le juge de paix du 11e arrondissement de Paris a rendu, le 20 septembre dernier, un jugement intéressant, en ce sens qu'il établit que, dans certaines circonstances, la prescription peut ne pas être admise.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'une réclamation d'honoraires adressée par le Dr Tourneux aux époux Langlois, dont il était le médecin habituel ; un jour, les époux Langlois avaient appelé le Dr Tourneux pour qu'il donnât ses soins à une de leurs parentes, et, après le décès de celle-ci, ils se refusèrent à acquitter les honoraires dus au médecin, prétendant, d'une part, n'être pas obligés de payer les frais de la maladie de leur parente, et excipant, d'autre part, de la prescription.

M. Tourneux les cita alors devant le juge de paix, qui rendit une sentence rejetant les prétentions des défendeurs par les considérants suivants :

Attendu, que pour repousser la demande du Dr Tourneux, les défendeurs sont obligés de reconnaître que, lors de la maladie, en 1890 et 1891, de la dame Bontemps, à laquelle ont été donnés les soins, cette dernière était logée chez eux, mais contestent devoir quoique ce soit au demandeur pour ses soins, et concluent au rejet de la demande du docteur, qu'ils renvoient à se pourvoir contre la succession de la dame Bontemps, déclarant opposer la prescription résultant de l'article 2272 du Code civil ;

Attendu, en ce qui touche ce dernier moyen, que la prescription, dans l'espèce, ne pouvant être invoquée que comme présomption de libération, est inconciliable avec les explications produites, d'où suit que nous ne saurions nous arrêter ni avoir égard au moyen tiré de la prescription, dont il convient de débouter les défendeurs.

—

Honoraires médicaux.

Le Dr P... réclamait à Mme D... le payement d'une note d'honoraires dont voici le détail :

Relevé d'après mon journal, des soins donnés à Mme D.., boulevard Saint-Germain, 2 septembre 1890 au 11 juin 1891.

Du 27 septembre 1890 au 30 novembre 1890, 25 visites à 20 francs	500
1 nuit entière	150
30 novembre 1890. — Accouchement, y compris 15 visites dans les 9 jours suivants.	1.000
Soins à l'enfant	50
Du 9 décembre 1890 au 11 juin 1891, 438 visites à 20 francs	8.760
1 thermomètre et 1 sonde	20
4 visites de nuit à 50 francs l'une	200
5 visite prolongées à 30 francs l'une	150
5 nuits entières à 150 francs l'une	750
44 opérations autres que les simples électrisation, séances d'hypnotisme, etc., à 10 francs l'une	440
	12.020

Mme D..., trouvant cette note exagérée et quant au nombre des visites (440 environ en 180 jours) et quant au prix de ces visites, refusa de payer.

L'affaire fut portée devant la cinquième Chambre civile, présidée par M. Paul Bernard, laquelle a réduit les notes du Dr P... à 3.500 francs.

NOUVELLES

—

Récompenses honorifiques. — Par arrêtés du ministre de l'intérieur et sur l'avis conforme du comité de direction des services de l'hygiène, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes désignées ci-après, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi, en France et en Tunisie, dans le courant de l'année 1893 :

France. — *Médailles d'or :* M. Baylac, interne des hôpitaux de Toulouse ; M. le Dr Massot (de Perpignan).

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Massine (de Thuir) ; Peyronnet (de Carcassonne) ; Pradel (de Prades) ; Vaysse (de Limoux), titulaires de médailles d'or à l'occasion du choléra de 1894.

Médailles de vermeil : MM. les Drs Plantard (de Chanteuay), et Rapin (de Nantes).

Médailles d'argent : M. Cassoute, interne des hôpitaux de Marseille ; MM. les Drs Escalier (d'Alais) ; Fabre (de Rivesaltes) ; Fines (de Perpignan) ; M. Labour, interne des hôpitaux à Nantes ; MM. les Drs de Lamer (de Perpignan) ; Marie (de Prades) ; MM. Pichart et Priouzeau, internes des hôpitaux à Nantes ; Mme Rougier, en religion sœur Marthe, à l'hospice de Limoux ; Mme Sérieys, en religion sœur Joseph, supérieure de l'hospice de Limoux ; M. Taillefer, infirmier à l'hospice de Limoux ; Mme Trégaro, en religion sœur Saint-Laurent, attachée au service des baraquements de l'hospice de Nantes.

Médailles de bronze : Mme Barré, infirmière aux baraquements de l'hospice de Nantes ; M. le Dr Battle (de Perpignan) ; MM. Berjoan, médecin à Vinça ; Chaillé, infirmier aux baraquements de Nantes ; Chauvet ; Dreullet ; M. le Dr Chevalier (d'Alais) ; Crépaud, garçon d'amphithéâtre à l'hospice de Nantes ; MM. les Drs Jaubert (de Perpignan ; Llopet (de Soller) ; Massina (de Vernet-les-Bains) ; Mme Panis, en religion sœur Rosalie (de l'hospice de Prades) ; MM. les Drs Traby (d'Olette) et Jalesky (d'Alais).

Mentions honorables M. Baillo, élève en médecine (de

Montpellier) ; MM. les Drs Fabre, Malpas, Montoya (de Perpignan) ; Pons (d'Ille-sur-Têt).

Tunisie. — *Médailles d'or* : M. le Dr Delaborde, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Gafsa.

Médailles de vermeil : MM. les médecins aide majors de 1re classe Austric (de Gafsa), Courtet et Provendier (de Tunis).

— *Epidémie de typhus en* 1893. — Nord. — *Medailles d'or* : MM. les Drs Combemale (de Montpellier), Gorez (de Lille) et Maravini, étudiant en médecine à Lille.

Médaille d'argent : Mme Kaysen, en religion sœur Marie-Geneviève, à l'hôpital de la Charité à Lille ; Mme Rousseau, infirmière au même hôpital.

Seine. — *Médaille d'or* : MM. les Drs Sapelier (Nanterre), Séailles (de Paris), épidémie cholérique en 1892.

Seine-et-Oise. — *Médaille d'argent* : M. Maniglier, infirmier volontaire à l'hospice de Pontoise.

Gironde. — *Médaille de bronze* : Mme Beau, en religion sœur Ursule, infirmière à l'hopital Pellegrin, à Bordeaux (épidémie de variole 1892).

Rhone. — *Médaille de bronze* : M. Alex, interne à l'hospice de la Charité à Lyon (épidémie de diphté ie en 1893).

Distinctions universitaires. — Sont nommés : officiers d'académie. MM. Amirail, méd. de l'orphelinat des Arts; Guiot, à Caen; Jégun, de Gondrin; Lorey, à Paris; Lyon, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu; Renaudin, de Pagny; Sigaud, à Chambéry; Tucoulat, à Bayonne.

Hôpitaux de Paris. — Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central.

Ce Concours sera ouvert le lundi 19 mars 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 février 1894, et sera clos définitivement le samedi 3 mars à trois heures.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les professeurs, les agrégés en exercice et les chargés de cours des écoles supérieurs de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoqués le mardi 27 février 1894, à l'effet d'élire un délégué au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Diacon, décédé.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Haushalter, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies des enfants.

M. Simon, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie générale et de pathologie interne, en remplacement de M. le professeur Hecht, admis à la retraite.

Incident de concours. — Le jury de l'externat a failli donner sa démission en masse. Voici les faits qui ont été sur le point de déterminer cette décision.

On sait que les deux concours de l'internat et de l'externat poursuivent leurs épreuves parallèlement en occupant alternativement le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique. Lundi dernier, on fit savoir au président de l'externat que le jury de l'internat avait décidé d'occuper ce local le mardi à 4 heures, jour désigné par leurs juges aux candidats à l'externat, et même que le directeur de l'Assistance avait approuvé cette décision.

Devant une pareille conduite, le président de l'externat donna sa démission. L'administration, comprenant l'erreur commise, prit ses dispositions et l'épreuve eut lieu comme précédemment. C'est ce qui explique l'avis adressé, mardi 30 janvier au matin, dans tous les hôpitaux et annonçant que la prochaine épreuve de l'internat aurait lieu mercredi matin.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro de la *Médecine infantile*, journal mensuel, in-8°, dont le rédacteur en chef est le Dr J. Comby et le secrétaire de la rédaction le Dr Weill-Mantou.

Chemin de fer d'Orléans — *Fêtes du Carnaval* 1894. — Billets d'aller et retour à prix réduits. — A l'occasion des Fêtes du Carnaval, les billets d'Aller et Retour à prix réduits, prévus par le tarif spécial G. V. n° 2, qui seront délivrés les samedis gras, dimanche, lundi et mardi gras (3, 4, 5 et 6 février) seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du mercredi des Cendres (7 février).

Ces billets conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Quelques résultats éloignés de la castration, par le Dr Eugène Villard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, 1894, gr. in-8, 139 p. 3 fr. 50. — Paris, librairie de J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille

Traité élémentaire de physique biologique, par Armand Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8 avec 450 figures. Prix : 14 francs. — Paris, librairie de J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894.

Etiologie et prophylaxie de la myopie scolaire, par le Dr Georges Martin, de Bordeaux. Broch. in-8, 28 p. — Paris, G. Steinheil et Bordeaux, Feret et fils, 1894.

De la bave chez l'enfant et l'adulte, par le Dr Couétoux, de Nantes, in-8, 24 p. Paris, 1894.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux.— **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre contre *bronchites, catarrhes, phtisie*, 2 ou 3 chaque repas.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*